

高額療養費支給申請書

証番号		診療月	令和	年	月	世帯課税区分		高齢課税区分	
-----	--	-----	----	---	---	--------	--	--------	--

	国民健康保険で診療を受けた人					診療を受けた病院等				
1	氏名					外来	通院日数	日	支払金額	
	生年月日		資格区分			入院	病院名			
	負担割合		個人番号				入院日数	日～日日間	支払金額	
2	氏名					外来	通院日数	日	支払金額	
	生年月日		資格区分			入院	病院名			
	負担割合		個人番号				入院日数	日～日日間	支払金額	
3	氏名					外来	通院日数	日	支払金額	
	生年月日		資格区分			入院	病院名			
	負担割合		個人番号				入院日数	日～日日間	支払金額	
4	氏名					外来	通院日数	日	支払金額	
	生年月日		資格区分			入院	病院名			
	負担割合		個人番号				入院日数	日～日日間	支払金額	
5	氏名					外来	通院日数	日	支払金額	
	生年月日		資格区分			入院	病院名			
	負担割合		個人番号				入院日数	日～日日間	支払金額	
6	氏名					外来	通院日数	日	支払金額	
	生年月日		資格区分			入院	病院名			
	負担割合		個人番号				入院日数	日～日日間	支払金額	
7	氏名					外来	通院日数	日	支払金額	
	生年月日		資格区分			入院	病院名			
	負担割合		個人番号				入院日数	日～日日間	支払金額	

上記の通り、国民健康保険高額療養費の給付を申請します。	支払金額合計
令和 年 月 日	
長崎県西海市長 殿	
世帯主 住所	
氏名	電話番号
個人番号	
金融機関名	支店名
口座名義人	口座番号 種別

委任状	
住所	
氏名	
金融機関名	支店名
口座名義人	口座番号 種別
私は、上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。	
・国民健康保険高額療養費の受領に関する事	
令和 年 月 日	
世帯主 住所	
氏名	